

Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28015 | 704-377-3688



PÓLIZA FINANCIERA Y HIPAA

Bienvenido a nuestro consultorio! Gracias por escoger Harrisburg Pediatric Dentistry. Para nosotros es de suma importancia el formentar una relación con su familia basada en buena comunicación y confianza mutua. La siguiente información describe en detalle nuestra política de pago. Si usted tiene alguna pregunta, haremos todo lo posible por responderla adecuadamente.

Póliza de Pagos

Por favor tenga en cuenta que quién trae al niño/a a nuestro consultorio, sea el padre de familia ó el tutor, este será legalmente responsable por el pago de la cuenta. Nuestra oficina no puede ser involucrada en asuntos de custodia, disputas legales, financieras ó de cualquier otra índole personal de nuestro pacientes. Nuestro consultorio opera basado en honorarios contra servicio y los pagos son requeridos en cada una de las citas. Se aceptan tarjetas de crédito como Visa, MasterCard, Discover, así como también dinero en efectivo y cheques personales, Care Credit, Amex. Se hará un cargo de US \$38.00 por cheques devueltos por el banco.

Para nuestros pacientes con seguro privado, enviaremos los reclamos a la compañía de seguro, como una cortesía para usted. Sin embargo, usted debe cubrir un porcentaje del valor del tratamiento al momento de la cita, a menos que obtenga un estimado por escrito de su compañía de seguros, detallando el valor cubierto por su póliza antes del tratamiento. La excepción son las citas para limpieza; nuestra oficina hará el reclamo directamente a su compañía de seguros. Si su primera visita es para emergencia o evaluación, se requiere el pago completo de los servicios, independientemente del cubrimiento que usted tenga con el seguro. Si no hemos recibido pago del seguro a los 30 días después del tratamiento, usted será responsable por el pago de los servicios recibidos. Cuentas pendientes de más de 30 días están sujetas a un cargo financiero de 1.5%. Dado el caso que su cuenta no sea pagada a tiempo, la cuenta será responsable por los costos incurridos en el cobro de la cuenta.

Nosotros tenemos la opción de reportar el estado de su cuenta a cualquier agencia de crédito.

Cualquier póliza de seguro es un contrato entre usted como cliente y su compañía de seguros. Por favor infórmese adecuadamente sobre los beneficios cubiertos por su póliza. Si tiene preguntas respecto a nuestros honorarios, por favor no dude en preguntar por nuestro Coordinador de Cuentas.

Póliza de Cancelación de Citas

En consideración a nuestros pacientes que están esperando a ser programados, citas falladas o canceladas sin previo aviso de 24 horas puede tener un cargo de \$51.00. Adicionalmente, citas canceladas sin aviso adecuado pueden requerir un pre-pago de servicios anteriores a la visita que se reprogramo.

El tiempo que reservamos para la cita de su hijo/a es muy importante. Harrisburg Pediatric Dentistry comienza a confirmar citas 2-3 días antes de la cita programada. Tome en cuenta que si no recibimos una confirmación verbal, por texto o correo electrónico antes del tiempo requerido de 24 horas, es posible que cancelemos o cambiemos la cita a otro horario para poder admitir pacientes puntuales con citas confirmadas. Puede que se le ofrezca esperar hasta que podamos admitir su hijo/a a nuestro horario de nuevo.

Si una continuación de citas falladas o canceladas persiste el paciente puede ser colocado en un lista de inactivos para asegurar que los pacientes cometidos a las citas puedan ser visto de manera oportuna.

Nombre de Paciente _____

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha ____ / ____ / ____

Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28015 | 704-377-3688



RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo, recibí una copia de la práctica de privacidad de Harrisburg Pediatric Dentistry.

Firma del Padre/Guardian _____ / ____ / ____
Fecha

Para Uso de Oficina Solamente:

No pudimos obtener por escrito un recibo de la privacidad de la práctica por:

- Una emergencia existente y firma no fue obtenida.
- El individuo rechazó firmar.
- Una copia fue enviada requiriendo firma.
- Imposible de comunicarse con el paciente por las siguientes razones:

Otras: _____

Firma del Preparador _____ / ____ / ____
Fecha